

公益社団法人 大分県臨床工学技士会 賛助会員申込書

公益社団法人大分県臨床工学技士会理事長 殿

貴会の目的に賛同し令和____年度からの入会を申し込みます。

令和 年 月 日 届出

(事務局記入欄) 令和 年 月 日 受理

入会申込者記入欄

申込年月日	令和 年 月 日
団体名	
担当者	
住所	〒□□□-□□□□
電話番号	
FAX	
ホームページ	
E-Mail	
備考	

送付先: 公益社団法人 大分県臨床工学技士会 事務局
〒870-0023 大分市長浜町2丁目7番22号 (株)マイダスコミュニケーション内
TEL:097-579-6565 FAX:097-579-6569